Introdução à Saúde Pública

Silvio Santana Dolabella
Satie Katagiri
Luciene Barbosa

São Cristóvão/SE
2011

Introdução à Saúde Pública

Elaboração de Conteúdo
Silvio Santana Dolabella
Satie Katagiri
Luciene Barbosa

Projeto Gráfico e Capa
Hermeson Alves de Menezes

Diagramação
Nycolas Menezes Melo

Ilustração
Silvio Santana Dolabella
Rosane Gomes de Oliveira

FICHA CATALOGRÁFICA PRODUZIDA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

D659i Dolabella, Silvio Santana.
Introdução a Saúde/ Silvio Santana, Satie Katagiri,
Luciene Barbosa, -- São Cristóvão: Universidade Federal de
Sergipe, CESAD, 2011.

1. Medicina. 2. Saúde pública. 3. Epidemologia. 4. imunologia. I. Katagari, Satie. II. Barbosa, Luciene. III. Título.

CDU 614

Sumário

AULA 1
Saúde Pública 09

AULA 2
Fundamentos de Epidemiologia 35

AULA 3
Saneamento Básico e Higiene..57

AULA 4
Fundamentos de Imunologia 75

AULA 5
Parasitos de Importância em Saúde Pública 93

AULA 6
Saúde Ocupacional e Doenças Crônico-Degenerativas...........................119

AULA 7
Tóxicos de Interesse em Saúde Pública. 139

AULA 8
Educação Sexual... 159

APRESENTAÇÃO

Prezados alunos,

Este livro visa atender à produção do conhecimento multidisciplinar que integra a disciplina "Introdução à Saúde". A principal proposta deste material é contribuir para o processo de desenvolvimento de profissionais que aspirem atuar nas mais diversas áreas da saúde ou do ensino. Os capítulos que compõem esse livro envolvem assuntos tão diversos quanto Saneamento Básico, Imunologia, Saúde Ocupacional e Educação Sexual, entre outros. Para tanto, professores de diferentes áreas aceitaram contribuir com a elaboração do mesmo, enriquecendo assim seu conteúdo com uma linguagem clara e dinâmica.

Desta forma, autores e organizadores, assim como a Universidade Federal de Sergipe, se orgulham de contribuir para o avanço acadêmico dos alunos do curso de Ciências Biológicas. Aproveitem bem o conteúdo do livro e bons estudos!

Colaboradores

Prof. Dr. Silvio Santana Dolabella: farmacêutico, doutor em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e professor adjunto do Departamento de Morfologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (DMO/CCBS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Profa. Dra. Satie Katagiri: médica-veterinária, doutora em Enfermidades Parasitárias pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) e professora adjunto do Departamento de Morfologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (DMO/CCBS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Profa. Dra. Luciene Barbosa: bióloga, doutora em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e professora adjunto do Departamento de Morfologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (DMO/CCBS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Prof. Dr. Bruno Lassmar Bueno Valadares: biólogo, especialista em Orientação Sexual e doutor em Genética e Bioquímica pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Professor adjunto do Departamento de Biologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (DBI/CCBS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Profa. Dra. Patrícia Shirley de Almeida Prado: graduada em Educação Física e doutora em Patologia Experimental pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e professora adjunta do

Departamento de Morfologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (DMO/CCBS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Profa. MSc. Rosane Gomes de Oliveira: bióloga, mestre em Ciências Naturais e da Saúde pelo Centro Universitário de Caratinga (UNEC/MG).

Aula 1

SAÚDE PÚBLICA

SILVIO SANTANA DOLABELLA
ROSANE GOMES DE OLIVEIRA

META

Neste capítulo você irá tomar conhecimento e compreenderá a evolução histórica da Saúde no Brasil, considerando o quadro político do Estado e suas políticas no campo social, visando oferecer contribuições substantivas para a compreensão do Sistema Único de Saúde – SUS.

OBJETIVOS

Ao final desta aula, o aluno deverá:
definir o que é saúde e doença; reconhecer as medidas preventivas que podem ser empregadas para se evitar a instalação e/ou as conseqüências da doença; estudar os conceitos básicos de políticas públicas, o legado do Brasil Colônia da assistência à saúde, a questão da seguridade social como base nas políticas de saúde e, ainda, o sistema de saúde como uma política social.

INTRODUÇÃO

Prezados estudantes, a evolução das políticas públicas sociais no Brasil ao longo da sua história caracteriza-se pela construção de um Sistema Sanitário reconhecidamente ineficaz e ineficiente no enfrentamento dos problemas de saúde da população. Esta situação crítica impôs a necessidade de mudanças e desencadeou o processo de Reforma Sanitária cuja perspectiva fundamental foi a construção de um Sistema Nacional de Saúde que deveria ser único para todos os brasileiros.

Ao longo deste capítulo você vai compreender a gênese das políticas públicas sociais no Brasil, familiarizando-se com alguns aspectos conceituais da evolução do sistema de saúde brasileiro desde sua origem colonial, assistencial como parte integrante da seguridade social e a sua origem na prevenção e promoção da saúde como parte integrante do Sanitarismo Brasileiro.

Recomendamos que durante seus estudos você registre suas dúvidas e elabore suas conclusões, pois estas ações certamente vão lhe orientar na realização das atividades de aprendizagem, nos contatos com o tutor e com o professor, como também nas discussões com seus colegas de curso através de fóruns e chats no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

I. SAÚDE E DOENÇA

> **"Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde".**
> **(Bolander, 1998)**

Constituição histórica das concepções sobre a saúde e a doença

Saúde e doença não são condições estáveis, mas conceitos vitais sujeitos a constantes avaliações e mudanças; até pouco tempo atrás a saúde era definida como "ausência de doença" - definição que não era esclarecedora. Doença e saúde eram consideradas como estados de desconforto físico ou de bem-estar. Infelizmente, perspectivas simplistas como estas levaram os investigadores e os profissionais de saúde a negligenciar os componentes emocionais e sociais da saúde e da doença.

O processo saúde/doença é próprio da existência humana, fazendo parte do cotidiano de todos os indivíduos nas mais diferentes sociedades.

Porém, o entendimento dos conceitos saúde, doença, cuidados com a saúde (prevenção e recuperação), hábitos saudáveis e qualidade de vida é intensamente influenciado pelo contexto sociocultural em que ocorre, variando de uma cultura para outra e mesmo entre indivíduos de uma mesma cultura.

Através dos séculos, foram propostas diferentes teorias sobre o processo saúde/doença, resultado da busca humana por respostas que explicassem as causas das doenças. Essas teorias demonstram certas maneiras de pensar o mundo e traduzem projetos filosóficos diversos, quando não antagônicos. Assim, a concepção de "doença" existente em uma determinada época é um instrumento de trabalho historicamente apropriado para a reprodução daquela articulação na estrutura social particular analisada. A definição do que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia tanto interculturalmente quanto intraculturalmente.

Atualmente, definições mais flexíveis levam em conta diversos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores biológicos, psicológicos e sociais:

* Para a Organização Mundial de Saúde, a saúde "é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença".
* De acordo com o dicionário Aurélio, saúde "é o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se encontram em situação normal".
* Para Dubos (1965) a saúde "é resultado do equilíbrio dinâmico entre o indivíduo e o seu meio ambiente".

Entretanto, apesar dos esforços para caracterizar estes conceitos, não existem definições universais. Por outro lado, a ilusão de alcançarmos ou mantermos uma saúde física e mental permanece exatamente isso - uma ilusão que, além de tudo, vale a pena perseguir face aos efeitos da doença nos indivíduos e na sociedade. A presença ou ausência de doença pode ser considerada um problema pessoal e social. Pessoal porque a capacidade individual para trabalhar, amar e divertir-se está relacionada à saúde física e mental da pessoa. Social porque a doença de uma pessoa pode afetar outras significativamente (p.ex.: família, amigos e colegas).

Antes, quando se pensava em "saúde", visualizávamos alguém que não estivesse doente. Não estar doente se resumia a não apresentar sintomas como febre ou dor de cabeça. Porém, essa é uma visão bastante antiga, desatualizada e restrita, própria de uma época em que havia grande entusiasmo em relação às descobertas de novos agentes causadores de doenças. A doença era um mistério profundo e os médicos não sabiam o que estava acontecendo direito com os doentes, tentando fazer o que podiam para melhorar o estado do paciente. Aí, surgiu alguém que resolveu uma parte do mistério! Existiam micróbios!!! Seres vivos invisíveis e tão pequenos, porém capazes de ocasionar doenças, agredindo nosso organismo para poder sobreviverem, retirando dele seus nutrientes.

Figura 1. “A criança doente”, de 1660. Pintura de Gabriel Metsu.

De repente, apareceram as respostas para perguntas até então insolúveis! Esse entusiasmo levou todo mundo a aceitar a idéia de saúde como uma questão básica de micróbios agredindo o organismo. E uma idéia que funciona bem em uma coisa, logo a utilizamos para abordar praticamente tudo... Todos os serviços de saúde passaram a se identificar como "caçadores de micróbios", gerando e aprimorando métodos para identificá-los e ajudar nosso organismo a combatê-los, sendo que toda a linha de pesquisa foi fundamentada nessa idéia, com a difusão dos conceitos de higiene e bons hábitos alimentares, atualmente tão difundidos e presentes em todos os currículos escolares. Higiene para acabar com os micróbios e bons hábitos para obtermos um organismo forte para enfrentar os microorganismos. Ter saúde, então, era estarmos livres da ação dos microorganismos.

Porém, o entusiasmo por essa idéia micróbio-doença dominou a tudo, não restando espaço para mais nada. Com o passar do tempo, essa ênfase virou exclusividade, fazendo com que as pessoas se habituassem a pensar em doença somente em termos de micróbios e em saúde somente em termos de não se estar doente, isto é, livre de micróbios, resultando em uma séria rigidez em torno do raciocínio dos profissionais da saúde: doença era sinônimo de micróbio, basicamente.

Atualmente, a maioria das pessoas tem encarado as coisas de modo diferente: saúde envolve o bem estar físico, psíquico e social do indivíduo. Não se pensa mais em saúde como "aquele estado sem doença", e todo

bom profissional de saúde encara a saúde como algo mais complexo, fruto de um bom funcionamento bio-psico-social, que gera a maior riqueza da vida: o bem estar.

Como visto anteriormente, a compreensão de saúde e doença e a(s) causa(s) desta última têm se modificado ao longo dos tempos e nos diferentes tipos de cultura e sociedade. A doença hoje é considerada um processo biológico, atrelada à própria vida. Porém, durante o período de dispersão do pensamento cristão até o período medieval, as causas de doenças eram atribuídas principalmente à variabilidade dos humores corporais, com explicações, muitas vezes, no domínio do mito, da magia ou do fanatismo religioso. Posteriormente, o racionalismo resgatou os conhecimentos mais importantes da medicina greco-árabe, o que coincidiu com o desenvolvimento do comércio e a instalação das universidades nas principais cidades européias. Com as descobertas de Pasteur e Koch, tem início o predomínio da teoria unicausal, a qual domina grande parte da produção de conhecimento em medicina e prática médica. Porém, a teoria microbiana das doenças era questionada por outros estudiosos, como VIRCHOW (apud ROSEN, 1994), que argumentavam que os problemas sociais são responsáveis pelos problemas de saúde. Nesse período, a Epidemiologia (assunto de nossa próxima aula) se estrutura enquanto disciplina, oferecendo estudos de nexo causal fundamentando, sempre à luz dos fatos e números.

ATIVIDADES

Quais foram as descobertas de Pasteur e Koch e o que é a teoria unicausal? Defina e ilustre, com exemplos, a natureza multicausal da doença.
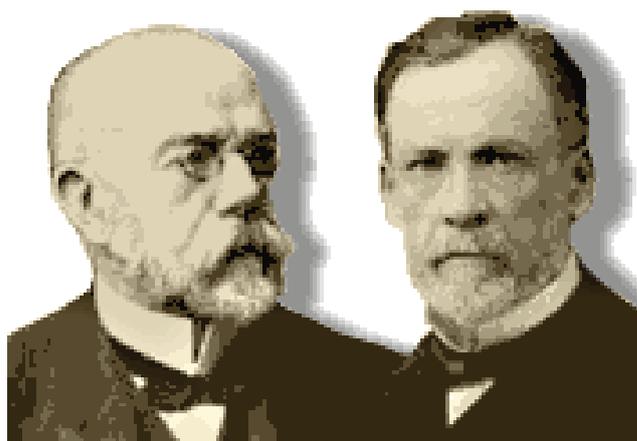
Figura 2. Robert Koch (1843-1910) e Louis Pasteur (1822-1895), dois cientistas do século 19, provaram que os microorganismos eram causadores de diversas doenças.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), observou-se o surgimento de novas tecnologias, o desenvolvimento das ciências sociais e da informática e o avanço das doenças crônico-degenerativas (nosso objeto de estudo na 6ª. aula), definindo a fragilidade do modelo unicausal e originando outro padrão, o da multicausalidade, sendo este um método útil para avaliar os problemas de saúde pública, através da determinação das relações existentes entre os fatores de risco e as doenças submetidas ao método epidemiológico. Desta forma, a teoria da determinação social da doença voltou a vigorar a partir de 1960, acompanhando as grandes transformações sociais pelas quais o mundo passava e afirmando que a relação saúde/doença é um processo social, determinada pelas relações do homem consigo mesmo, com a sociedade e também com a natureza. A sugestão de um modelo que idealiza a saúde-doença como um processo social não exclui o biológico, evitando assim uma visão reducionista.

Concluímos assim, que a compreensão sobre a saúde e a doença é limitada pelo desenvolvimento teórico e conceitual da ciência e, principalmente, por condicionantes ideológicos que tornam certas opções conceituais mais autênticas e potentes que outras. Essa compreensão retrata os diferentes conceitos e métodos resultantes das alterações dos marcos de inferência causal saúde/doença com o passar do tempo, atravessando o empirismo racional até a ciência moderna.

Concepções sobre a saúde e a doença na atualidade

Nos últimos anos, nos distintos estudos que tem estruturado a doença como seu foco de análise, percebemos uma preocupação em defini-la não apenas como um episódio biológico, mas também como um evento social que possibilita compreender as diferentes respostas e significados que lhe são conferidos pela sociedade. Estudos recentes privilegiam aspectos distintos do encontro do homem com a doença, seja em sua trajetória individual ou coletiva, como a relação ambiente/doença ou a construção social e simbólica da doença. Desta forma, deve-se ressaltar que o esforço da renovação da história da medicina possibilitou o redimensionamento dos conceitos saúde/doença, integrando novas perspectivas de estudo e permitindo sua estruturação como campo de análise.

Atualmente, a saúde é definida como "estado de completo bem-estar físico, metal e social e não apenas a ausência de doença" (Organização Mundial da Saúde, 1948). Inúmeras vezes citado, este conceito está longe de ser uma realidade, simbolizando um compromisso, um horizonte a ser perseguido. Porém, podemos observar que, por esse conceito, a saúde surge como algo absoluto, indivisível e demasiadamente genérico, fazendo uso de um termo estático como “estado” para indicar algo necessariamente mutável e de outro termo pouco preciso como o é “bem-estar”. Lembre-se que a

saúde não é um "estado estável" que, uma vez atingido, possa ser mantido.

Uma nova maneira de pensar o processo saúde/doença deve abranger explicações para os conceitos universais de que a mortalidade e a morbidade obedecem a um gradiente que ultrapassa as classes sócio-econômicas, de forma que menores rendas ou status social estão associados a uma pior condição em termos de saúde. Intervir no processo saúde/doença é possível e não é uma tarefa a ser delegada, cabendo ao indivíduo ou à sociedade o papel de objeto dessa intervenção.

ATIVIDADES

Caro aluno, você sabe a diferença entre mortalidade e morbidade? Qual a importância desses conceitos para a saúde pública?

Em 1986, foi realizada no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, onde se tentou ampliar a concepção de saúde, sendo definida como "resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho e transporte, emprego e lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção". Esta definição, apesar de reconhecer a importância das necessidades humanas extra-econômicas (liberdade, educação, lazer), as reduz, e com isso diminui também a determinação da doença.

Progressão e Prevenção das Doenças

A progressão da doença no organismo não é um processo uniforme, apresentando alterações de um caso para outro. Porém, as doenças evoluem segundo padrões (Figura 3) que podem ser incluídos em categorias:
a) progressão aguda, potencialmente fatal
b) progressão aguda, porém com rápida recuperação na maioria dos casos
c) progressão sem atingir o limiar clínico, de forma que o indivíduo jamais saberá do ocorrido (infecções subclínicas)
d) progressão crônica, progride para o óbito
e.) progressão crônica que alterna períodos assintomáticos com alterações clínicas
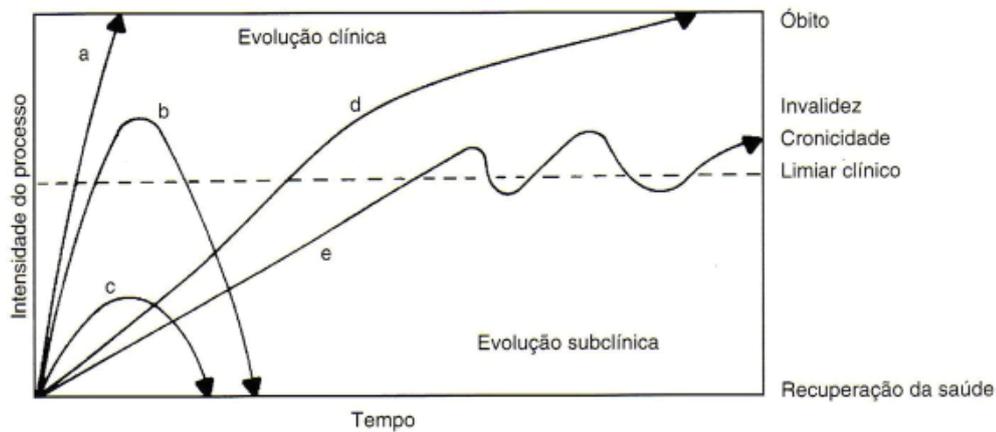
Figura 3. Padrões de evolução das doenças (ver texto para o significado das letras a, b, c, d, e). Fonte: Pereira, M. G. Epidemiologia Teoria e Prática, 1995.

A preocupação com a doença e danos ocasionados por ela levou ao desenvolvimento de medidas preventivas, objetivando evitar sua instalação e conseqüências, quer ocorram de forma esporádica, endêmica ou epidêmica. Porém, a prevenção não inclui somente medidas preventivas (como por exemplo, a educação em saúde, controle de vetores e imunização dos indivíduos), mas também medidas que têm por objetivo a interrupção do processo da doença já instalado no organismo humano.

As medidas preventivas podem ser classificadas em: 1. medidas inespecíficas, que objetivam a promoção do bem-estar do indivíduo e 2. medidas específicas, que incluem métodos próprios para lidar com cada dano à saúde em particular. As ações preventivas podem ainda ser classificadas em prevenção primária, secundária ou terciária (Tabela 1). Na prevenção primária, as ações são destinadas a reduzir a incidência de uma doença em uma população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos e realizando assim a manutenção da saúde. Pretende-se, desse modo, intervir antes que surja algum problema, no sentido de ser um conjunto de medidas que visam uma educação para a saúde. A prevenção secundária é um prolongamento da prevenção primária, cada vez que esta não alcançou os objetivos pretendidos. Consiste em intervenções para evitar que um estado patológico se estabeleça, reduzindo sua evolução e duração. Finalmente a prevenção terciária visa quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas à doença. Consiste em atenuar a invalidez e promover o ajustamento do paciente a condições irremediáveis.

Estágio da Doença	Nível de Prevenção	Tipo de Resposta
Pré-doença	Prevenção primária	Proteção da saúde e proteção específica.
Doença latente	Prevenção secundária	Diagnóstico pré-sintomático e tratamento.
Doença sintomática	Prevenção terciária	Limitação da incapacidade para doença sintomática precoce.

Tabela 1 - Níveis de prevenção

Recentemente, um novo conceito foi adicionado aos três anteriores, é a prevenção quaternária que visa "evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico associado a atos médicos desnecessários ou injustificados" (Gérvas e Férnandez, 2003).

De acordo com Pereira (1995), as quatro fases citadas acima - primária, secundária, terciária e quaternária - são subdivididas em cinco níveis de prevenção (Tabela 2), a saber:

Nível 1: Promoção da saúde, conjunto de ações voltadas para a população sadia, que objetivam manter o bem-estar, sem visar nenhuma doença em particular; faz parte da prevenção primária.

Nível 2: Proteção específica, inclui medidas dirigidas para a população sadia, visando impedir o surgimento de uma determinada doença ou grupo de doenças afins; faz parte da prevenção primária.

Nível 3: Diagnóstico e tratamento precoce, consiste em identificar o problema patológico em seu início e tratá-lo, antes do surgimento dos sintomas; faz parte da prevenção secundária.

Nível 4: Limitação do dano, onde após identificada a doença, procura-se limitar a extensão das lesões e retardar o surgimento de complicações; faz parte da prevenção primária.

Nível 5: Reabilitação, visa desenvolver o potencial residual do organismo após a doença, contribuindo para que o indivíduo leve uma vida produtiva. É o mesmo que prevenção terciária.

ATIVIDADES

Quais as medidas ou ações de saúde que podem ser aplicadas nos cinco níveis descritos acima? Pesquise, leia o texto disponível na plataforma e responda.

Aplicar o que acaba de ser exposto nem sempre é possível, pois está sujeito a fatores como a adequada organização dos serviços de saúde e a existência de medidas eficazes a serem utilizadas nos diversos níveis de prevenção. Para diversas doenças tais medidas não são aplicadas ou o são incorretamente, para outras, tais medidas não existem (como exemplo a psoríase e alguns tipos de tumores).

<table>
<tr><th>1°.
Nível</th><th>2°.
Nível</th><th>3°.
Nível</th><th>4°.
Nível</th><th>5°.
Nível</th></tr>
<tr><td>Promoção da Saúde</td><td>Proteção Específica</td><td>Diagnóstico Precoce e Tratamento Oportuno</td><td>Limitação do Dano</td><td>Reabilitação</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prevenção Primária</td><td colspan="2">Prevenção Secundária</td><td>Prevenção Terciária</td></tr>
<tr><td colspan="2">Prevenção</td><td colspan="2">Cura</td><td>Reabilitação</td></tr>
<tr><td>Promoção</td><td>Proteção</td><td colspan="3">Recuperação</td></tr>
</table>

Tabela 2 - Níveis de aplicação das ações de saúde e equivalência de termos utilizados para designá-los.

É importante que você tenha compreendido todos os conceitos trazidos a respeito do tema, para que possa dar continuidade aos estudos. Para facilitar sua compreensão, sugerimos que você organize sua rotina, separando um tempo para se dedicar aos estudos, pois na modalidade à distância o principal responsável pela aprendizagem é você.
Bons estudos!

II. SAÚDE PÚBLICA

A Organização Mundial de Saúde, em informe publicado em 2005 e tendo como base a qualidade da saúde pública oferecida aos seus cidadãos, classificou o Brasil em 125º lugar no ranking mundial entre 191 países. Nessa lista, o País perde até para a Bósnia e Líbano e se iguala ao Egito. Esta realidade é diariamente comprovada pelas filas dos ambulatórios e hospitais públicos nas quais se acotovelam os que precisam de cuidados médicos. Porém, alguns dados são semelhantes aos de países desenvolvidos: 92% dos estabelecimentos de saúde do país estão nos municípios como recomenda a OMS; o programa de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, em especial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é reconhecido e copiado mundialmente por países com o mesmo perfil sócio-econômico; em 1994 o País recebeu o certificado de erradicação da poliomielite e no ano de 1999 foram imunizadas 100% das crianças para tuberculose, 98,4% contra o sarampo e 93,6% contra a difteria, tétano e coqueluche, através de programas elogiados pela Unicef.

Para analisarmos a história das políticas de saúde no país faz-se necessário a definição de algumas premissas importantes, a saber:

1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada no periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde;
4. as ações de saúde propostas pelo governo sempre procuraram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes dentro da estrutura social vigente; e preferencialmente tem sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização;
5. a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer;
6. devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos;
7. a dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.

Assim como somos fruto do nosso passado e da nossa história, o setor de saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

De 1808 a 1930 - O Início

A saúde pública pode ser definida como "o esforço organizado da comunidade, por intermédio do governo ou de instituições, para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas e da população, por meio de ações individuais e/ou coletivas". Essas ações têm buscado reduzir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias, melhorar a vigilância à saúde e qualidade de vida da população.

ATIVIDADES

Antes de prosseguir a leitura procure responder à seguinte questão: na sua concepção, qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde das populações que vivem em seu território? Discuta com seus colegas no fórum de discussão no Ambiente Virtual de Aprendizagem.

A história da saúde pública no Brasil teve início em 1808 com a vinda da família real para o país, criando assim a necessidade de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar apoio ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Imediatamente após sua chegada, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico-Cirúrgico, localizado no Real Hospital Militar, em Salvador. Ainda em 1808, foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. Tais atos visaram suprir a carência de profissionais médicos e a ausência de uma assistência médica estruturada observada no Brasil Colônia e Brasil Império devido, em parte, à proibição de ensino superior nas colônias.

Em meados do século XIX, em meio a várias epidemias, ocorreu uma centralização do poder imperial, estabelecendo a Junta Central de Higiene Pública (1850), que realizou uma reforma nos serviços de saúde e passou a coordenar as ações da polícia sanitária, a vacinação contra a varíola e a fiscalização da prática da medicina. Também foi criada a Inspetoria de Saúde dos Portos, com a finalidade de uma fiscalização rigorosa das embarcações que poderiam trazer a peste ou outras moléstias epidêmicas e o isolamento das embarcações vindas de áreas suspeitas de peste ou doenças contagiosas, bem como controle sanitário sobre as mercadorias a bordo.

A Junta não conseguiu resolver os inúmeros problemas de saúde pública observados no Brasil naquela época. Porém, embora não tenha extinguido as epidemias, ela marcou uma nova etapa na organização da saúde pública no Brasil, sendo mantida durante o século XIX.

Com a proclamação da República (1889) e a idéia fixa de modernizar o Brasil a qualquer custo, destituíram-se as Juntas e Inspetorias de Higiene provinciais, que foram substituídas pelos Serviços Sanitários Estaduais. A desorganização inicial desses serviços facilitou o surgimento de novas epidemias no país, ainda nos primeiros anos da República. Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades do país continuaram a ser vitimadas pela varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera, que vitimavam milhares de pessoas. A precária situação sanitária existente prejudicava até mesmo a economia que dependia, essencialmente, da exportação do café. Navios recusavam-se a vir ao Brasil. A partir do momento em que tripulantes estrangeiros receavam desembarcar em portos brasileiros, pela temeridade de contrair inúmeras doenças que proliferavam aqui, o saneamento foi a solução encontrada para mudar a imagem do País lá fora.

ATIVIDADES

Bem, vimos que diversas doenças infecciosas como varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifóide e cólera eram endêmicas no Brasil no fim do século XIX e início do século XX. Pesquise nos sites disponíveis na plataforma e descreva cada uma dessas enfermidades e sua situação atual no país.

Dentro desse contexto, as maiores preocupações do Poder Público são as endemias e as questões gerais de saneamento nos centros urbanos e nos portos, sobretudo naqueles vinculados à exportação e ao capital industrial que surgia. A atenção para as epidemias nas cidades resultou na criação, em 1900, das duas principais instituições de pesquisa biomédica e de saúde pública do País: o Instituto Soroterápico Federal – atualmente denominado de Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantan, em São Paulo. Nessas instituições, uma nova geração de médicos, formados segundo o paradigma da bacteriologia e influenciados pela pesquisa científica praticada na França e na Alemanha, começaria a exercer forte influência nas concepções sobre as doenças transmissíveis e nas propostas de ações em saúde pública.

Oswaldo Cruz, nomeado diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, foi um desses médicos e propôs a erradicação da epidemia de febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, criando um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de combate ao mosquito. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causaram revolta na população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista e foi idealizado dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

A onda de descontentamento se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação contra a varíola, obrigatória em todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina.

Apesar do autoritarismo e dos abusos cometidos, o modelo campanhista conseguiu importantes vitórias no controle das epidemias, inclusive com a erradicação da febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Figura 4. Charge da “Revolta da Vacina”, ocorrida no Rio de Janeiro em 1904.

Como você observou, durante a República Velha foram criados e implementados vários serviços e programas de saúde pública no Brasil. Porém, alguns destes eram recebidos com medo e desconfiança pela população, o que muitas vezes acabava em confrontos policiais, pois a questão saúde ainda era concebida como uma questão policial. A Revolta da Vacina ocorreu em 1904 no Rio de Janeiro e foi um levante popular conta a vacinação obrigatória instituída por Oswaldo Cruz para deter a varíola e a febre amarela que castigavam a cidade. A ignorância da maioria da população, aliada à falta de uma campanha que esclarecesse a importância da vacina, levou a uma revolta popular que foi reprimida por intermédio do corpo de bombeiros e da cavalaria.

Sob o comando dessa nova geração de médicos higienistas, surgiu um ativo movimento de Reforma Sanitária durante a Primeira República (também conhecida como República Velha, 1889-1930), que resultou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 e estabeleceu as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde. Porém, as medidas de proteção social e a assistência médica só viriam a ter um reconhecimento legal como políticas públicas após a aprovação da **Lei Eloi Chaves** (1923), que instituiu o Sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), embrião do seguro social no Brasil. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados e eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Ainda em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que possuía como funções o cuidado com a higiene infantil, industrial e profissional, a propaganda sanitária, a saúde dos portos e o combate às endemias rurais; foram instituídos os primeiros Centros de Saúde no Brasil, com uma estrutura assistencial básica permanente, incorporando, entre as suas rotinas, o trabalho assistencial da enfermeira e, em 31 de dezembro, foi promulgado o Decreto no. 16.300, que colocou em vigor o Regulamento Sanitário Fede¬ral, primeiro código sanitário nacional.

Lei Eloi Chaves

(1923) Considerada a primeira lei de previdência social. Ela concedia aos trabalhadores ajuda médica, aposentadoria, pensões para dependentes e auxílio funerário. Em seu início, beneficiava apenas os trabalhadores ferroviários, no entanto, três anos mais tarde, seus benefícios foram estendidos aos trabalhadores das empresas portuárias e marítimas.

De 1930 aos dias atuais - A Estruturação da Saúde Pública no Brasil

A crise política da década de 1920 e a Revolução de 1930, liderada por Getúlio Vargas, trouxeram muitas mudanças para o País, aumentando o poder do estado. Essas mudanças moldaram a política pública brasileira, instituindo um esboço jurídico e material que conformaria o sistema de proteção social até um período recente. Os setores da Saúde e da Previdência não escaparam desse movimento. A estrutura das CAP foi incorporada pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), autarquias centralizadas no governo federal e supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, dando início à chamada "medicina previdenciária". Entre 1933 e 1945, foram criados sete IAP (Marítimos, Industriários, Transportadores de Carga, Bancários, Comerciários, Estiva e Servidores do Estado). Em 1930 é criado o Mi¬nistério da Educação e Saúde, constituído de dois Departamentos Nacionais: um de Educação e outro de Saúde.

A promulgação da Constituição de 1937 reforça o centralismo e a autoridade do presidente (ditadura). Em 1939, regulamenta-se a justiça do trabalho e, em 1943, é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate às ende¬mias e assume o controle técnico em Saúde Pública, institucionalizando, também, as campanhas sanitárias. Em 1946 é promulgada uma nova Constituição e o País inicia um período de 19 anos de experiência democrática. A área de saúde pública, embora herdeira dos aparatos estatais erguidos nos 15 anos do primeiro governo Vargas, teve sua estrutura centralizada com novos programas e serviços com o objetivo de implementar campanhas e ações sanitárias.

Figura 5. Getúlio Vargas (1882-1954) governou o país em dois períodos: de 1930 a 1945 e de 1951 a 1954. Sua longa permanência no poder tornou-o uma das personalidades mais marcantes da vida política nacional no século XX, e permitiu que se falasse em uma "Era Vargas". Em seu governo o Estado cresceu em tamanho e em poder e se tornou o principal responsável pelo processo de modernização do Brasil.

Apesar de todas as conquistas na saúde observadas no governo Vargas (criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), do Ministério da Saúde, em 1953, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e do Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS)), o sistema de saúde brasileiro mantinha-se injusto por dividir o povo brasileiro em três grupos: os que podiam pagar e mantinham seus médicos em consultórios particulares e seus apartamentos em hospitais, os trabalhadores que estavam na formalidade com carteira de trabalho assinada e seus dependentes, que eram acolhidos nos convênios do INAMPS nas consultas e nos hospitais e o grupo dos indigentes excluídos do mercado de trabalho que continuavam sendo atendidos pelas instituições de saúde/caridade.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. O Ministério da Saúde responsabilizou-se pelas atividades do Departamento Nacional de Saúde (DNS), porém manteve a mesma estrutura, incapaz atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Três anos após, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o objetivo de organizar e executar os serviços de investigação e combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país. Esses serviços atuavam nas capitais e principais cidades do interior, possuindo um sistema de informação que produzia os dados necessários ao seu trabalho.

Até o fim dos anos 1950, a assistência médica previdenciária não era importante. Porém, a industrialização crescente do País acaba por pressionar uma efetivação e ampliação das políticas sociais, com uma discussão em torno da política de Saúde Pública existente, que esperava que o desenvolvimento econômico-industrial tivesse a capacidade de resolver os problemas sociais; entre eles, os de saúde. Desde então, pode-se identificar uma Política de Saúde Nacional, organizada em dois subsetores: o de Saúde Pública e o de Medicina Previdenciária. O primeiro dura até o início de 1960; o segundo se amplia a partir de fins da década de 1950, assumindo importância em meados da década de 1960.

Em 1963 é realizada a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), onde foram debatidas a distribuição de responsabilidades entre os Estados, a realidade sanitária do País e a proposição de municipalização dos serviços de saúde.

No ano de 1964 os militares tomaram o poder e se iniciou o período do regime militar no Brasil (1964-1985). A ditadura significou, para a totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática.

O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 1960, tais verbas decresceram até o final da ditadura. O Sistema Nacional de Saúde implantado nesse período caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde, com elevação extraordinária dos custos de assistência à saúde.

A resposta do Estado à crise vivenciada pelo setor é dada com a implantação, após 1966, de reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. Ocorre a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), concentrando todas as contribuições previdenciárias, ao mesmo tempo em que o novo órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. A saúde pública, relegada ao segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cujo desempenho restringia-se a campanhas de baixa eficácia. Os gastos com assistência médica, que continuaram a crescer nesse período, chegam a representar mais de 30% dos gastos totais do INPS em 1976. A falta de recursos - que não chegavam a 2% do PIB - contribuía com o quadro de penúria e decadência, com graves conseqüências para a saúde da população (endemias antes relacionadas com o meio rural tornaram-se urbanas; agravaram-se a desnutrição, a tuberculose e a hanseníase; e a malária voltou a ocorrer em larga escala). Com a ineficiência do Estado em controlar o INPS, este se torna um reduto para corruptos e políticos que transformam o órgão em uma instituição ineficaz e desacreditada.

Em 1975, no centro de uma grave crise sanitária no país - epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e grande crescimento do número de acidentes de trabalho, é estruturado o Sistema Nacional de Saúde, com a promulgação da Lei no 6.229, apresentando como metas integrar as práticas de Saúde Pública e medicina previdenciária, rearticular as unidades do setor público e estas com o setor privado e regionalizar e hierarquizar a assistência médico-sanitária de acordo com os perfis epidemiológicos de cada área do País. Para tanto, foram criados o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), o Programa Nacional de Imunização (PNI) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

A década de 1980 se inicia com um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. O agravamento da crise da Previdência Social, em 1981, resultou no lançamento do chamado "pa-

cote da previdência" que previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados e a intervenção na área da assistência médica da Previdência Social.

Com o fim do regime militar, em 1985, é realizada no ano seguinte a VIII Conferência Nacional de Saúde, com intensa participação de representantes da sociedade organizada e consolidação de uma nova proposta para o sistema de saúde, que se constituiria, mais adiante, no Sistema Único de Saúde, o SUS. A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde "como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população".

Figura 6. VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 em Brasília.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III. Participação da comunidade.
> Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com

recursos do orça¬mento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional evidencia nitidamente que a concepção do SUS estava fundamentada na formulação de um modelo de saúde centrado nas necessidades da população, buscando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente em relação à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Ao longo do ano de 1989, procederam-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS.

O Surgimento do SUS- Sistema Único de Saúde

As Leis no 8.080/90 e no 8.142/90 instituem e regulamentam o Sistema Único de Saúde, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Ela regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. Os princípios do SUS foram o resultado de um longo processo histórico e social, que buscava interferir nas condições de saúde e na assistência prestada à população brasileira.

O Sistema Único de Saúde vem sofrendo, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, importantes mudanças, principalmente em razão do processo de descentralização das responsabilidades, das atribuições e dos recursos para estados e municípios. A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre as distintas esferas de governo (nacional, estadual e municipal), cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e das diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

Universalidade - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

Equidade - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

Integralidade - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

Hierarquização - Entendida como um conjunto articulado e contínuo

das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contrarrefrência;

Participação popular - a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

Desencentralização político-administrativa.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, são objetivos e atribuições do SUS:

- identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- formular as políticas de saúde;
- fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
- executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- executar ações visando à saúde do trabalhador;
- participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
- realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e participar na sua produção;
- controlar e fiscalizar de serviços , produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- fiscalizar e a inspecionar alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- participar no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; e
- formular e executar a política de sangue e de seus derivados.

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois, para que isto ocorra, são necessárias uma grande disponibilidade de recursos financeiros e de pessoal qualificado e uma efetiva política em níveis federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema. A permanência e consolidação do SUS, portanto, está em grande parte na dependência do país em resolver seus problemas macroeconômicos, o que lhe permitiria voltar a crescer de forma sustentada. Enquanto permanecer a armadilha juros/câmbio e o elevado déficit público, dificilmente haverá solução para a questão do financiamento da saúde no âmbito do setor público.

Apesar da Constituição Federal de 1988 estabelecer, em seu artigo 196, que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", não existem recursos suficientes para viabilizar esse preceito. Nos últimos anos, a rede pública de hospitais federais, estaduais e municipais vem sendo submetida a um processo de deterioração acelerada por motivos diversos, entre eles: escassos recursos orçamentários para custeio das operações e novos investimentos; desmotivação do pessoal; falta de medicamentos e materiais; e ao aumento da demanda devido à expansão da população urbana e ao atendimento aos contingentes rurais antes desassistidos.

O Brasil marcha a passos largos para um sistema tríplice de saúde. Para os mais pobres e provavelmente mais doentes, há um sistema único de saúde (SUS). Para a classe média vamos encontrar os planos de saúde e as seguradoras, ambos com fins lucrativos. Para os ricos, o atendimento "particular". Nesse sistema de saúde fragmentado e injusto, o racionamento do atendimento se faz a partir do poder aquisitivo do cidadão. Será que é isso o que a população brasileira quer?

O SUS tem mais de 20 anos de existência e, apesar dos avanços alcançados, o SUS real está muito longe do SUS constitucional. Existe uma grande distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se concretizando como espaço reservado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal ainda não se efetivou.

ATIVIDADES

Prezado aluno, para fecharmos essa unidade de aprendizado, conceitue o que é o Sistema Único de Saúde brasileiro. Destaque sua finalidade e princípios com suas respectivas bases legais.

CONCLUSÃO

Este capítulo apresentou considerações importantes sobre os objetivos, as atribuições e a estrutura decisória do Sistema Único de Saúde e, ainda, os mecanismos de financiamento do setor saúde no Brasil, além de apresentar os conceitos de saúde e doença. Verifique se teve bom entendimento respondendo às atividades propostas, não se esquecendo de encaminhá-las para o seu tutor através do Ambiente Virtual de Aprendizagem.

RESUMO

Observamos a importância de se conhecer os conceitos básicos de saúde e doença, das políticas públicas para a saúde, aprendendo, por exemplo, que estas políticas não podem ser analisadas sem considerar o sistema social como um todo. No que tange ao legado colonial da assistência à saúde, conhecemos a perspectiva histórica dos sistemas de saúde no Brasil. Por fim, foi apresentado à seguridade social, onde a caracterizamos como a principal força apoiadora das políticas públicas de saúde no Brasil.

PRÓXIMA AULA

Na próxima aula, veremos os principais conceitos envolvidos no estudo da epidemiologia e suas aplicações no processo saúde/doença.

AUTOAVALIAÇÃO

1. Caro aluno, defina o que é saúde e doença.
2. Quais as medidas preventivas que podem ser empregadas para se evitar a instalação e/ou as conseqüências da doença?
3. Quais os processos históricos que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e por que o SUS não é uma unanimidade entre os brasileiros?

REFERÊNCIAS

Almeida, E. S.; Zioni, F.; Chioro, A. 2001. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: Westphal, M. F.; Almeida, E. S. organizadores. Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/ Municipalização do SUS. São Paulo: Edusp.

Bolander, V. B. 1998. Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.
Boruchovitch, E; Mednick, B. R. 2002. The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. Psico-USF, 7(2): 175-183.
Brasil. 1998. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.
Brasil. 1998. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS.
Brasil. 1990. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS - Doutrinas e princípios. Brasília.
Dejours, C. 1986. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 14: 7-11.
Diener, E. 1984. Subjective Well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542-575.
Dubos, R. 1965. Man adapting. New Haven: Yale University Press.
Escorel, S. 1987. A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.
Rio de Janeiro: Fiocruz.
Escorel, S.; Teixeira, L. A. 2008. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
Ferreira, A. B. H. 1986. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
Filho, C. B. 1996. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática.
Gérvas, J.; Fernández, M. P. 2003. Genética y prevención cuaternaria : el ejemplo de la hemocromatosis. Atención Primaria. 32(3): 158-162.
Júnior, A. P.; Júnior, L. C. 2006. Políticas públicas de saúde no Brasil. Revista Espaço para a Saúde, 8(1): 13-19.
Laurell, A. C.; Noriega, M. 1989. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
Lima, N. T.; Gerschman, S.; Edler, F. C.; Suárez, J. M. 2005. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz.
Minayo, M. C. S. 1998. O desafio do conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
Muller Neto, J. S. 1991. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores.
Rev. Saúde em Debate, 31: 54-66.
Oliveira, M. A. C.; Egry, E. Y. 2000. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev. Esc. Enf. USP, 34(1): 9-15.
Organização Mundial da Saúde. 1987. Carta de Otawa para la promoción y educación para la salud. Revista de Sanidad y Higiene Pública, 61: 129-139.
Paim, J. & Almeida Filho, N. 1998. Saúde coletiva: Uma "nova saúde pública" ou campo aberto para novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32(4): 299-316.

Pereira, M. G. 1995. Epidemiologia Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
Rezende, A. L. M. 1989. Saúde - Dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez Editora.
Rosen, G. 1994. Uma história da saúde pública. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Unesp-Abrasco.
Rozenfeld, S. 2000. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz.
Santos, L. 1994. Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde: o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS. Brasília: OPS/OMS.
Segre, M.; Ferraz, F. C. 1997. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, 31(5): 538-542.
Silva, J. J. C. 2007. Políticas públicas de saúde. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração, UFSC.
Souza, R. R. 2002. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf.> Acesso em: 23 ago. 2010.